UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N° 57

A PROPOS D'UN CAS DE MYOME UTÉRIN PUR PÉDICULÉ, INTRACAVITAIRE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 5 Avril 1922

PAR

BAUDOIN ✠ (Henri-Jacques)

Né à St-Martin-du-Var (Alpes-Maritimes), le 29 avril 1891

Ancien interne des hôpitaux de Nice

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse

- Dr ROUVILLE, Professeur, *Président.*
- MASSABUAU, Professeur.
- ETIENNE, Agrégé. } *Assesseurs.*
- LAPEYRE, Agrégé.

MONTPELLIER

« L'ABEILLE », IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse. — Téléphone 8-78

1922

A PROPOS D'UN CAS

DE

MYOME UTÉRIN PUR

PÉDICULÉ, INTRACAVITAIRE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547021_0143

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N° 57

A PROPOS D'UN CAS DE MYOME UTÉRIN PUR PÉDICULÉ, INTRACAVITAIRE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 5 Avril 1922

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

PAR

BAUDOIN ✝ (Henri-Jacques)

Né à St-Martin-du-Var (Alpes-Maritimes), le 29 avril 1891

Ancien interne des hôpitaux de Nice

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse	De ROUVILLE, Professeur.	*Président.*
	MASSABUAU, Professeur.	
	ETIENNE, Agrégé.	*Assesseurs.*
	LAPEYRE, Agrégé.	

MONTPELLIER

« L'ABEILLE », IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse. — Téléphone 8-78

1922

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie	MM. GILIS.
Histologie	VIALLETON.
	GRYNFELTT.
Physiologie	HEDON.
Physique médicale	N...
Chimie biologique et médicale	DERRIEN, *doyen.*
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Anatomie pathologique	MASSABUAU.
Microbiologie	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Pathologie interne	N...
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Médecine légale et toxicologie	N...
Clinique médicale	DUCAMP.
	VEDEL.
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
	FORGUE, *assesseur*
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET.
Clinique ophtalmologique	TRUC.
Clinique des maladies des enfants	N...
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU.

Honorariat

Doyens honoraires : MM. VIALLETON et MAIRET.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS, RODET et IMBERT.

Secrétaires honoraires : MM. GOT et IZARD.

Chargés de Cours complémentaires

Anatomie	MM. GRYNFELLT.
Clinique propédeutique de chirurgie	RICHE.
Clinique propédeutique de médecine	RIMBAUD.
Clinique des maladies des vieillards	EUZIERE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	MARGAROT.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN.
Pathologie chirurgicale	ETIENNE.
Accouchements	DELMAS (P.).
Pharmacologie	GALAVIELLE.
Matière médicale	CABANNES.
Stomatologie	Dr WATON.
Histologie	Dr GRANEL (F.).

Agrégés en exercice

Médecine	MM. LEENHARDT.	Chirurgie	MM. RICHE.
	GAUSSEL.		ETIENNE.
	EUZIERE.		LAPEYRE.
	RIMBAUD.	Accouchements	DELMAS (P.)
	MARGAROT.	Histoire natur.	GALAVIELLE.
Anatomie	DELMAS (J.).		CABANNES.
Chimie	MESTREZAT.	Physique	PECH.

Examinateurs de la thèse :

MM. DE ROUVILLE, profr, *président.*	MM. ETIENNE, agrégé.
MASSABUAU, professeur.	LAPEYRE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MES GRANDS-PARENTS

A MA MÈRE

En témoignage de ma profonde reconnaissance.

A MA FEMME

A MON FILS

A MES BEAUX-PARENTS

H. BAUDOIN.

A MON COUSIN

LE DOCTEUR THÉODORE GASIGLIA

CHIRURGIEN EN CHEF DE LA MATERNITÉ DE NICE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CONSEILLER GÉNÉRAL DES ALPES-MARITIMES

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de mon affectueuse gratitude.

A MES PARENTS

A MES AMIS

H. BAUDOIN.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DE ROUVILLE

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Qui a bien voulu accepter la présidence de cette thèse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MASSABUAU

PROFESSEUR D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON JURY DE THÈSE

H. BAUDOIN.

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MONTPELLIER
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE
ET DES HOPITAUX DE NICE

H. BAUDOIN.

A PROPOS D'UN CAS

DE

MYOME UTÉRIN PUR

PÉDICULÉ, INTRACAVITAIRE

INTRODUCTION

Au cours d'une communication qu'il a faite en 1911 à la « Société d'Obstétrique et de Gynécologie » de Paris sous le titre de « myome pur de l'utérus compliquant la grossesse », M. le professeur de Rouville s'exprime ainsi :

« Le cas anatomique serait en somme assez banal, si, de l'examen très autorisé que M. le professeur agrégé Massabuau a bien voulu faire de cette pièce, il ne résulterait que nous avions eu affaire à un de ces cas rares et fort intéressants de « myomes purs de l'utérus ».

Ayant eu l'occasion d'observer un nouvel exemple de ces tumeurs, mais de siège et de forme tout à fait différents, dans le service de notre maître M. le docteur Rosso, chirurgien des hôpitaux de Nice, nous nous sommes permis de relater le cas et d'en faire le sujet de cette thèse.

L'intérêt de l'observation qui a servi de base à notre travail réside d'abord dans l'examen histologique de la

tumeur : c'est grâce à lui seul que nous avons pu poser le diagnostic de myome pur. La symptomatologie de ces néoplasmes ne nous donne en effet aucun caractère qui permette de les distinguer ou même de les soupçonner parmi les tumeurs de l'utérus les plus fréquemment observées. C'est surtout avec les fibromes que la confusion par les symptômes, au début du moins, peut être faite. Aussi avons-nous cru rationnel de faire leur étude en les comparant sur tous les points avec ces derniers. Nous verrons par quoi ils s'en rapprochent encore et par quoi ils en diffèrent.

Ce qui nous a frappé aussi en observant ce myome pur, c'est son aspect macroscopique. Sa forme pédiculée, son évolution intra-cavitaire, l'absence totale à sa surface d'épithélium de revêtement et de vestiges glandulaires, sa disposition en franges sont autant de caractères exceptionnellement rencontrés dans les tumeurs de cet ordre. Pour cette raison insisterons-nous sur sa morphologie. Nous avons fait nous-même de la pièce un croquis schématique d'ensemble et nous l'avons annexé à l'observation.

Etant donné le petit nombre de cas analogues à celui que nous rapportons, nous tiendrons à en rappeler deux autres qui s'en rapprochent au point de vue histologique surtout. Ce sont ceux de M. le professeur de Rouville et de M. le docteur Siredey, médecin de l'hôpital St-Antoine. Les myomes purs signalés par ces auteurs n'étant pas pédiculés ou intra-cavitaires nous ne pourrons, à notre grand regret, joindre leur observation à la nôtre. Nous ne saurions les omettre en étudiant la fréquence de ces tumeurs.

Au cours de l'étude comparative des myomes purs et des fibromes, nous nous attacherons d'abord à l'examen

des dégénérescences : certaines sont communes aux deux sortes de tumeurs ; d'autres appartiennent en propre à l'une d'elles.

Dans un chapitre d'étiologie nous rechercherons les causes prédisposantes.

Au point de vue pathogénique on sait le nombre de théories auxquelles les fibromes ont donné naissance, théories dont le nombre prouve que la seule et véritable pathogénie est encore à trouver. Néanmoins nous donnerons les raisons pour lesquelles nous pensons que la théorie vasculaire explique de la façon la plus plausible les particularités histologiques des myomes purs.

Nous terminerons cette étude par quelques considérations sur l'évolution, le pronostic et le traitement de ces tumeurs.

A cette place qu'il soit permis d'adresser nos remerciements à M. le professeur de Rouville pour l'honneur qu'il nous a fait d'accepter la présidence de cette thèse ; à M. le professeur Massabuau à qui nous avons présenté les coupes de la tumeur et qui a bien voulu, avec toute l'autorité de sa grande expérience, nous donner l'interprétation que l'on trouvera au cours de ce travail.

Nous exprimerons aussi notre gratitude à tous les professeurs qui nous ont enseigné les diverses branches de la médecine ; à tous nos maîtres dans les hôpitaux et en particulier à M. le professeur agrégé Imbert (de Marseille) qui dirigea nos premiers pas en clinique ; à MM. les docteurs Paulin Fighiera et Charles Figuiera, médecin et chirurgien des hôpitaux de Nice, qui, au cours de notre internat, nous donnèrent maintes preuves de leur sollicitude

Nous n'oublierons pas M. A. Ronchèse, chimiste-

biologiste à Nice, ancien chef de laboratoire de l'hôpital Cochin, ancien élève de l'Institut Pasteur, qui, le premier, a fait l'examen détaillé de la pièce. Nous lui devons les coupes qui ont servi à illustrer notre unique observation et nous l'en remercions vivement.

M. le docteur Rosso, chirurgien des hôpitaux de Nice, nous a inspiré cette étude ; il nous a fourni à ce sujet tous les renseignements désirables. Qu'il nous excuse si nous n'avons pas su en tirer tout le parti voulu, mais qu'il veuille bien accepter ici l'hommage de notre profonde reconnaissance.

OBSERVATION

(Prise dans le service de M. le docteur Rosso, chirurgien des Hôpitaux de Nice)

Le 9 février 1921 entrait à l'hôpital Saint-Roch, de Nice, une jeune femme, âgée de 23 ans, choriste de son état, qui, depuis deux ans environ, était atteinte de métrorragies fréquentes, irrégulières, très abondantes, d'une durée allant de une à trois semaines. Elle accusait de plus, depuis un mois, des douleurs lombo-abdominales très vives, continuelles, ainsi que de la constipation, de la dysurie et, par intervalles, de la rétention urinaire.

Tous ces symptômes, auxquels était venu se joindre un état de faiblesse alarmant, décidèrent cette femme à se soumettre à un examen définitif et à un traitement qu'elle désirait radical.

Son interrogatoire nous fit connaître qu'elle n'avait eu d'autres maladies, dans son enfance, que la rougeole, la coqueluche, sans complications. Ses antécédents héréditaires ne présentaient rien de remarquable en ce qui concerne l'affection pour laquelle elle est entrée à l'hôpital.

L'interrogatoire nous apprit ensuite que son passé

génital avait été assez chargé : réglée à 13 ans, atteinte de fièvre typhoïde de forme peu sévère un mois après, elle n'eut plus de règles pendant un an. Le retour de celles-ci fut provoqué par l'absorption d'une infusion d'armoise très concentrée. Ses règles durèrent un mois, mais ne présentèrent de phénomènes douloureux et ne furent très abondantes qu'au début pendant cinq à six jours.

Elles réapparurent ensuite régulièrement mais avec un retard d'une semaine, assez abondantes et douloureuses pendant les deux premiers jours.

Il en fut ainsi jusqu'à la première grossesse qui eut lieu en 1916 et qui se termina au bout de 2 mois par un avortement provoqué au moyen d'injections intra-utérines.

La malade fit une deuxième fausse couche en 1917 et une autre en mai 1918, ces deux dernières déterminées par l'application de sondes dans l'utérus, vers le 50e jour, après les dernières règles.

Dans les intervalles séparant ces débuts de grossesse, les règles sont survenues toujours avec le même retard que précédemment, mais la malade avait remarqué qu'elles n'étaient plus douloureuses.

Il n'en a pas été de même après le dernier avortement. A ce moment les hémorragies persistèrent pendant un mois, sans douleurs, et ne cessèrent qu'au bout de ce temps avec un traitement par injections chaudes.

Le curettage n'a été pratiqué après aucune des trois fausses couches.

Puis tout rentra dans l'ordre habituel jusqu'en février 1919.

Mais ce mois-là la malade eut deux fois ses règles, ce qui l'incita à consulter plusieurs médecins.

Successivement furent portés les diagnostics de fibrome, de kyste de l'ovaire, d'utérus fibromateux.

Quelque temps plus tard, à Paris, on lui proposa l'électrothérapie, traitement qui aurait duré un an, tandis qu'un autre médecin lui prescrivait des gouttes hémostatiques et des ovules à l'iodéol.

Toujours est-il qu'aucune de ces thérapeutiques ne donna de résultat, que, depuis février 1919, la malade voyait ses époques menstruelles revenir à des intervalles plus rapprochés et qu'au bout d'un an l'écoulement, au lieu de s'arrêter, continuait sous la forme d'un léger suintement pendant plusieurs jours, ne laissant qu'un court répit entre deux époques. Enfin, dès le même moment, la marche exagérée, une longue course en voiture suffisaient à provoquer une nouvelle hémorragie en même temps que la malade éprouvait des sensations de gêne, de pesanteur pelvienne, de tiraillements dans les régions lombaires et abdominales.

Mais pour qu'elle vînt se mettre, en février 1921, entre les mains du chirurgien, il fallut qu'elle commençât à souffrir du ventre, qu'elle eût des troubles urinaires et intestinaux aigus et que son état d'asthénie et d'anémie, coïncidant avec des vertiges, des nausées, de l'anorexie, l'inquiétât.

A aucun moment, il n'y a eu ni pertes purulentes, ni fièvre très marquée.

La malade affirma, en outre, n'avoir plus eu de rapports sexuels depuis son dernier avortement, c'est-à-dire depuis trois ans.

A l'examen nous remarquâmes un certain degré de pâleur du facies et une décoloration assez marquée des muqueuses. L'état général paraissait cependant assez bon (la malade ne nous a signalé qu'un amaigrissement de 5 kil. en un an). Le pouls était bien frappé, régu-

lier à 75; la pression prise au Pachon était de 6 1/2-15, la température 37°1 (matin) et la numération globulaire nous a donné 4.000.000 de globules rouges par millimètre cube.

Les différents appareils passés en revue ne nous ont rien présenté de particulier : pas d'albumine, ni de cylindres, ni de pus dans l'urine; pas de souffle extracardiaque, ni de modifications de bruit du cœur ; aucune trace de rachitisme ni de syphilis acquise ou héréditaire (Wassermann négatif). Seul l'appareil génital retint donc notre attention.

L'inspection permit de constater une légère voussure de la région hypogastrique.

La palpation nous fit sentir à ce niveau une masse dure, sphérique, lisse, assez mobile, non douloureuse, de la grosseur d'une tête fœtale, allant du pubis à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic et dont l'axe était un peu déjeté à droite.

Le toucher combiné au palper mit notre doigt en présence d'un col légèrement ramolli, entr'ouvert, refoulé vers le cul-de-sac de Douglas tandis que la tumeur qui n'était autre qu'un gros corps utérin bombait en avant et en haut sous la paroi. L'exploration d'ailleurs difficile des culs-de-sac latéraux et postérieur ne nous fournit aucun renseignement.

A l'examen au spéculum nous constatâmes un col gros, rouge, congestionné avec un orifice ovalaire à contours réguliers laissant échapper des mucosités sanguinolentes.

Diagnostic clinique. — La négation formelle de tout coït depuis trois ans nous fit rejeter l'hypothèse d'une grossesse; sauf le léger ramollissement du col (non en

proportion d'ailleurs avec le volume du corps), nous n'avions *aucun signe présomptif de gravidité.*

L'hystérométrie a donc été jugée possible ; mais l'hystéromètre n'a pu pénétrer au delà de 5 centimètres ; il été arrêté à cette profondeur par une masse molle qui ne laissa pas de nous intriguer; avec une sonde uréthrale en gomme, après avoir exploré la cavité dans tous les sens, nous ne pûmes dépasser neuf centimètres, étant toujours arrêtés par la même masse.

Or le fond de l'utérus basculé en arrière se trouvait au niveau de l'ombilic !

A ce moment nous fûmes donc en droit de penser à l'existence d'une tumeur intracavitaire. Etant donné sa consistance, nous éloignâmes aussitôt le diagnostic de polype fibreux et nous crûmes successivement à la possibilité d'un gros *polype muqueux*, ou adénome, d'un *adénomyome*, d'un *polype placentaire*, d'un *sarcome de la muqueuse* et même d'une môle hydatiforme ou d'un placentome malin. Toutefois, l'histoire de la maladie, la lenteur probable de l'évolution, l'absence d'écoulements leucorréiques, purulents, fétides, l'état général assez bon de la malade, le début tardif des douleurs par rapport à celui des ménorragies et aussi l'éloignement du dernier avortement et l'impossibilité d'une fécondation, ne nous firent retenir que les deux premières et bénignes éventualités.

Quoi qu'il en fût, l'indication opératoire était indiscutable : la malade avait un gros utérus saignant d'une façon à peu près constante depuis plusieurs mois, elle souffrait, les phénomènes de compression s'exagéraient de jour en jour, l'intervention fut décidée. On ne s'attarda pas, par suite, ni à un grattage en vue d'un exa-

men histologique, ni à une dilatation du col qui eût permis l'exploration digitale.

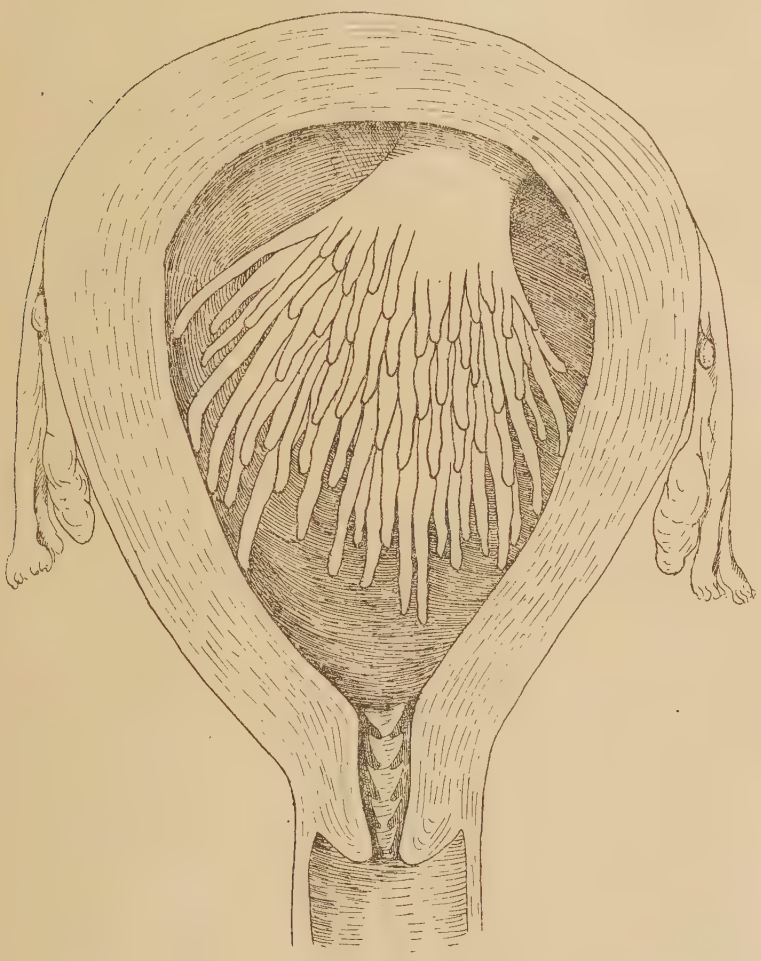
Intervention.

Notre maître M. le docteur Rosso pratiqua la laparotomie le 16 février. Il se trouva en présence d'un gros utérus piriforme, libre, dur, lisse, uniformément congestionné ; de trompes hyperhémiées aussi et d'ovaires macro-kystiques légèrement adhérents. Il y avait très peu de liquide dans le péritoine et aucune réaction des ganglions hypogastriques et iliaques n'a été constatée. Pensant cependant à la dégénérescence possible de la tumeur intracavitaire, M. Rosso préféra l'hystérectomie totale à la subtotale et il fit « en vase clos » l'ablation complète de l'utérus et de ses annexes.

La malade sortit de l'hôpital dix-huit jours après ; l'opothérapie mixte (ovarienne, hypophysaire, thyroïdienne) lui fut prescrite. Revue depuis, elle ne souffre plus ; les conséquences de la castration ont été peu marquées : un peu d'embonpoint, quelques bouffées de chaleur, quelques palpitations, pas de troubles digestifs ni nerveux. Elle a repris sans aucune fatigue ses occupations six mois après.

Examen macroscopique de la pièce. — *Dès l'ouverture de l'utérus* sur la paroi antérieure, nous apparut, baignant dans des caillots de sang, un énorme paquet de franges cylindriques, non ramifiées, analogues à celles d'une épaulette, franges d'aspect gris rosé, lisses, luisantes, molles, de longueur variant entre 3 et 10 cm., d'une épaisseur de 5 à 10$^{m/m}$; ces franges étaient libres vers le col et fixées en haut à un pédicule commun long de 4 cm., épais de 3, ayant une coloration un peu plus foncée que celles des franges, à mesure qu'on se rapprochait de la base d'implantation. Celle-ci se trouvait au

fond de la cavité, un peu en dedans et en arrière de l'ostium uterinum gauche. Le poids total de l'utérus et



Croquis schématique de l'utérus et du myome pur pédiculé siégeant dans la cavité.

de son contenu était de 950 gr., son volume atteignait celui d'une tête fœtale ; la tumeur, pédicule compris, pesait 600 gr.

tantôt parallèles à l'axe des fibres, tantôt perpendiculaires ou obliques à cet axe. Ces travées s'enchevêtrent dans tous les sens, formant les tourbillons caractéristiques des fibro-myomes. Ce qu'il y a de curieux, c'est que parmi ces fibres lisses il n'y a pas de traces de tissu conjonctif : ni fibres ni cellules conjonctives.

Les fibres lisses qui constituent cette tumeur offrent les particularités suivantes : ce sont des fibres de forme ovalaire présentant un noyau allongé en bâtonnet dans la partie centrale et un protoplasma extrêmement fibrillaire. Ce qui caractérise aussi ces fibres, c'est que, d'une façon générale, elles sont plus courtes, plus trapues que celles que l'on observe généralement dans les myomes ; les extrémités en sont moins effilées, le noyau est très fortement coloré, mais on ne rencontre cependant que de rares figures de mitose. Ce caractère trapu de la fibre musculaire, cette coloration excessive du noyau rapprochent ces éléments du type embryonnaire.

Ce qu'il y a également de remarquable dans cette tumeur, c'est l'abondance des vaisseaux sanguins à parois légèrement épaissies autour desquelles on voit une prolifération cellulaire plus intense. Ceci est habituel dans les fibro-myomes.

Mais à côté de ces figures que l'on rencontre ordinairement dans ces tumeurs, on trouve d'innombrables fentes vasculaires qui ne présentent pas de paroi propre et dans lesquelles on voit les globules rouges de forme extrêmement irrégulière. La paroi de ces fentes vasculaires est formée par les fibres lisses qui bordent directement la lacune sanguine. D'ailleurs, autour de ces lacunes, les faisceaux de fibres musculaires nous apparaissent plus denses et avec leur grand axe dirigé parallèlement à l'axe du vaisseau. Il s'agit donc là d'une struc-

Coupe de la tumeur vue au faible grossissement

Lacune sanguine centrale limitée par des cellules musculaires lisses formant des faisceaux très denses.

Coupe de la tumeur vue au fort grossissement

Cellules musculaires lisses raccourcies, trapues, à noyau en bâtonnet fortement coloré. Absence de tissu conjonctif.

ture que l'on rencontre poussée à ce degré dans les sarcomes.

En résumé, la tumeur est un myome pur de l'utérus. L'absence de tissu conjonctif, la forme particulière des cellules musculaires et la puissance angiogène très marquée de ces éléments sont les indices d'une malignité relative de ce myome telle que l'on n'a pas coutume de la voir dans les tumeurs de cet ordre.

Par sa forme macroscopique et par sa structure, cette tumeur, surtout si elle siégeait sur le col, rappellerait les néoplasmes désignés par les anciens auteurs sous le nom ne sarcome racémeux. »

Ainsi, du fait de l'absence dans la tumeur, de tissu conjonctif, d'épithélium de revêtement, de formations glandulaires, toutes nos hypothèses se trouvent détruites sauf celle de sarcome, laquelle toutefois ne peut être admise qu'histologiquement et en faveur d'une simple ébauche. Nous reviendrons cependant à ces hypothèses au cas où quelques éléments conjonctifs ou épithéliaux auraient échappé à une de nos nombreuses coupes. Pour l'instant, le tissu musculaire est le seul important, tant à cause de son développement exclusif que par les caractères particuliers de ses cellules.

En somme, notre observation est caractérisée par l'impossibilité du diagnostic en dehors de la microscopie. L'examen macroscopique doit cependant nous faire retenir la forme, l'aspect, la consistance qui, réunis, peuvent être considérés comme autant de particularités de certains myomes purs dont le nôtre fait partie.

Ce diagnostic posé, il convient de nous demander, sinon quelle est la cause de ces tumeurs, du moins quelle est leur fréquence, comment elles se forment, comment elles évoluent, comment et dans quel sens elles

peuvent dégénérer. Or les signes fournis au début par l'interrogatoire et par l'examen clinique nous avaient permis de penser à un processus fibromateux de l'utérus. Nous avons donc cru logique, après avoir confondu les deux néoplasies par leurs symptômes, de tâcher de les différencier par leur étiologie, leur pathogénie, leur structure, leur évolution, leurs transformations, leur pronostic.

ETUDE COMPARATIVE DES FIBROMYOMES ET DES MYOMES UTÉRINS PURS

Définition. — Les fibromyomes, appelés encore fibromes, corps fibreux, fibroïdes (Aran), myomes, hystéromes (Broca), sont des tumeurs constituées dans des proportions variables par des éléments analogues à ceux du parenchyme utérin.

Les myomes purs contiennent les mêmes éléments, sauf du tissu fibreux.

FRÉQUENCE

Tandis que les fibromyomes sont d'une fréquence extrême (1/5 de femmes blanches en seraient atteintes d'après Bayle, 1/3 de négresses d'après Bennett), les cas de myomes purs signalés sont très rares.

Virchow citait dans son admirable « Traité des tumeurs » une espèce de myomes mous purement musculaires que les anciens auteurs distinguaient déjà sous le nom de tumeur charnue ou « sarcome » (de σαρξ, chair) :

« Il n'y a dans ces tumeurs que très peu de tissu interstitiel et cependant celui qui s'y trouve est mou et se déchire très facilement. Par contre, le tissu musculaire y forme des tractus assez mobiles et épais, des trabécules ou des lamelles qui s'entrelacent beaucoup moins que ce n'est le cas dans les formes dures. La surface à la section de la tumeur n'a pas non plus l'aspect blanc, tendineux du fibromyome, mais plutôt une couleur rougeâtre, quelquefois même charnue, rappelant celle de l'utérus gravide. »

En 1905, MM. le professeur A. Pollosson et Violet présentèrent à la Société médicale des Hôpitaux de Lyon deux cas de « myomes rouges encapsulés », qui à l'examen histologique furent reconnus dépourvus de tissu conjonctif.

En 1909, MM. Violet et Alamartine publièrent un nouveau cas de cette variété de myome utérin ; dans ce myome il y avait cependant quelques fibres conjonctives.

M. le docteur Mazet en apporta deux nouveaux exemples en 1911 et en 1914 devant la Société de chirurgie de Lyon. En 1911, notre président de thèse, M. le professeur de Rouville, présente à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris un exemple de « myome pur de l'utérus compliquant la grossesse ».

Bien que cette tumeur fût classée dans la catégorie des « myomes rouges » nous nous permettrons de donner ici l'observation de ce cas fort intéressant à la fois en lui-même et par les points histologiques qui peuvent le rattacher au nôtre :

Il s'agissait de M^me^ C... chez laquelle, le 23 juin 1911, le docteur Guibauden diagnostiqua une *hémoragie massive rétroplacentaire* survenue au sixième mois et demi de la grossesse. L'état général

de la malade devenant alarmant, ce médecin procéda immédiatement à la dilatation manuelle du col : grande résistance de l'anneau de Bandl. La poche des eaux est percée et un prématuré vivant de 6 mois et demi est extrait. L'utérus n'ayant diminué que de moitié, par crainte d'une grossesse gémellaire le docteur Guibauden lie le cordon du côté maternel.

Pendant ce temps les douleurs abdominales se sont amendées. Par le palper de l'abdomen on cherche à déterminer la position du second fœtus éventuel ; à ce moment le placenta sort spontanément ; il est complet sans trace de connexion avec une autre membrane ovulaire, mais la main, introduite dans l'utérus, découvre l'existence d'une tumeur fibreuse, assez dure, volumineuse, et qui semble faire corps avec la paroi de l'utérus.

Quelques heures après les douleurs se réveillent, le lendemain elles sont intolérables. La malade est envoyée dans le service de M. le professeur de Rouville pour intervention.

Hystérectomie subtotale. Pas d'épanchement péritonéal, appendice sain, guérison rapide sans incident.

Examen de la pièce. — L'utérus apparaît comme le siège d'un volumineux fibrome interstitiel occupant toutes les faces et le fond de l'organe ; la cavité utérine est aplatie.

Examen microscopique de la pièce par M. le professeur Massabuau :

La tumeur utérine examinée est constituée pas des amas de fibres très rapprochées les unes des autres et séparées par de minces travées conjonctives. Les amas sont coupés de diverses façons, les uns parallèlement à l'axe des fibres musculaires, les autres perpendiculairement ou obliquement ; les fibres lisses qui constituent ces amas ont une structure caractéristique. Les vaisseaux sont nombreux dans la tumeur, dilatés, à parois épaisses ; autour de quelques-unes existe une couronne nette de cellules conjonctives jeunes dont les noyaux présentent des figures de division, et qui s'allongent progressivement pour prendre le type fusiforme ; il est difficile de préciser davantage leurs rapports avec les fibres lisses, mais en aucun point nous n'avons vu de figure qui permette de penser à la transformation d'une de ces cellules fusiformes en fibres lisses proprement dites. Les ovaires ont subi la dégénérescence micro-kystique.

En résumé, il s'agit d'un myome pur de l'utérus à évolution rapide, accompagné d'ovaires micro-polykystiques.

Une autre espèce de myome pur, constituant le *léiomyome malin*, a donné lieu à quelques observations, entre autres celles publiées dans le *Lyon médical* par Violet et Alamartine en 1909, et par Charvet et Bérard en 1910, sous les rubriques respectives : 1° Léiomyome malin du poids de 26 livres. Extirpation avec hystérectomie totale. Guérison opératoire ; 2° Léiomyome malin de l'utérus propagé à la vessie et infiltré à tout le pelvis.

Enfin, à la séance de l'Académie de médecine du 23 avril 1918, M. le docteur Siredey, médecin de l'hôpital St-Antoine, présenta l'étude histologique d'un myome pur opéré par M. le docteur Ch. Walther :

Il était question ici d'une femme de 31 ans, mère de trois enfants, qui présentait depuis deux ans, date de son dernier accouchement, des hémorragies qui tendaient à s'accroître en dépit de toutes les précautions et de tous les soins médicaux.

Huit semaines avant qu'elle allât consulter M. Siredey, un chirurgien avait repoussé toute intervention, disant que *l'existence d'un fibrome n'était nullement démontrée.*

Troubles présentés : femme anémiée par pertes abondantes. Compression des organes pelviens par la tumeur, défécation difficile, mictions fréquentes.

L'opération fut conseillée et M. le docteur Walther la pratiqua. Bien que l'utérus ne fût pas enclavé dans le bassin, l'énucléation de la tumeur fut impossible, car celle-ci se confondait avec la plus grande partie de la paroi postérieure de l'utérus.

Hystérectomie totale.

La surface extérieure de l'utérus est lisse, d'apparence régulière et on pouvait croire à une dégénérescence totale de l'organe avec hypertrophie en masse : la tumeur en occupait les deux tiers.

A l'examen macroscopique la masse incisée présentait à l'œil nu, au lieu de gros noyaux fibreux plus ou moins isolés que l'on a coutume de rencontrer en pareil cas, une infinité de très petits nodules arrondis dont les plus gros ne dépassaient pas les dimensions d'un pois. La masse saillante était constituée par ces éléments très difficiles à énucléer.

L'examen microscopique fit voir qu'il s'agissait de *myome pur*.

En effet, au lieu de travées fibreuses, plus ou moins épaisses, entourant ou pénétrant les amas nodulaires de fibres lisses, comme il en existe habituellement dans les fibromes, on ne constatait que des éléments musculaires, dont les fibres-cellules, un peu plus longues et plus larges que les fibres-cellules normales de l'utérus, étaient franchement colorées et renfermaient un noyau allongé en forme de biscuit tout à fait caractéristique. Le développement de ces cellules musculaires, leur affinité pour les matières colorantes, la coloration vive des noyaux, les nombreuses figures de karyokinèse que l'on remarquait chez ceux-ci, témoignaient d'une activité dépassant très notablement la normale.

Il n'y a pas, sur la plupart des préparations, la moindre bandelette fibreuse, même au voisinage des vaisseaux sanguins. Les parois des artères sont épaissies, mais elles sont infiltrées de nombreuses cellules musculaires envahissant la tunique externe et la tunique moyenne qui sont absolument confondues ; ces cellules musculaires se trouvent en contact avec le parenchyme utérin sans interposition de tissu conjonctif.

Les faisceaux de fibres lisses sont séparés les uns des autres par de vastes fentes, dans lesquelles on aperçoit quelques lymphocytes d'apparence normale, soit isolés, soit en courtes traînées ou en petits groupes de 3 ou 4. Souvent même, les fibres-cellules sont écartées les unes des autres, comme si elles avaient été dissociées par une sorte d'infiltration œdémateuse, et on remarque également entre elles des lymphocytes en assez grande quantité, sans polynucléaires.

Les vaisseaux sanguins de tout ordre, artères, veines, capillaires, sont élargis, distendus : ils sont le siège d'une congestion intense.

A un faible grossissement (obj. 2), les préparations ont une vague analogie avec des coupes de foie. Les cellules ne présentent pas la disposition rayonnée des travées de cellules hépatiques, mais les

fibres lisses, avec les espaces libres qui les entourent, forment des rangées assez régulières, rappelant un peu celles des éléments du foie.

Partout on constate les mêmes éléments musculaires un peu augmentés de volume, en quelque point de la tumeur qu'aient été faites les coupes.

Il n'existait aucune lésion des trompes, dont les franges, normales, étaient tapissées d'un épithélium en parfait état.

Les ovaires étaient congestionnés, la substance corticale sensiblement sclérosée. Un corps jaune récent avait une apparence normale.

La muqueuse utérine n'était le siège d'aucune lésion importante. Le chorion muqueux légèrement épaissi, les glandes agrandies, festonnées, sinueuses, témoignaient d'une irritation peu accentuée; l'épithélium était d'ailleurs parfaitement intact, et on ne constatait aucun signe d'infection.

On sait depuis longtemps que la prédominance de l'élément musculaire dans les tumeurs fibreuses de l'utérus est en rapport avec une évolution plus rapide. Mais ici, en raison de la présence exclusive des fibres-cellules, de leur grande activité, de l'absence de toute néoformation fibreuse, ne pouvait-on pas craindre une tumeur maligne? On ne rencontrait nulle part d'éléments suspects, de cellules métatypiques permettant de soupçonner une évolution sarcomateuse : toutes les cellules ont gardé nettement leur type normal, leur individualité.

Il y a lieu, toutefois, de se demander s'il ne s'agissait pas là d'*un myome malin*. L'activité si remarquable des cellules et des noyaux, l'envahissement si accentué des tuniques artérielles étaient inquiétants ; mais six années se sont écoulées depuis l'opération et la malade est bien portante.

Dans tous ces cas cependant de nombreux signes cliniques et macroscopiques sont différents de ceux qu'a présentés le nôtre. Celui-ci n'était pas caractérisé en effet par la fièvre, la douleur souvent intolérable, qui, avec la couleur « lie de vin » de la tumeur, stigmatisent le myome rouge ; par l'absence d'infiltration

néoplasique aux ganglions hypogastriques et iliaques et aux organes du voisinage, notre cas se distinguait aussi du léiomyome malin. De plus, tous ces myomes purs étaient interstitiels et encapsulés ; seul, celui de M. le docteur Siredey ne présentait pas ce dernier caractère. En dehors des hémorragies et des phénomènes de compression, ils n'avaient donc, avec le cas que nous publions, qu'un point commun, mais capital : l'analogie de la structure histologique et par elle la malignité ou la tendance à la malignité.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous avons eu l'occasion, au cours de l'examen macroscopique, de rapprocher par leur *siège* et leur *forme pédiculée* le myome pur étudié de certains fibromyomes appelés polypes fibreux. Nous avons vu par contre que la forme frangée du myome pur, sa consistance molle, son peu de résistance à la section nous le firent distinguer de ces polypes.

Connexions. — M. le docteur Siredey signale dans son cas l'absence d'encapsulement des nodules myomateux, c'est-à-dire la preuve d'une *connexité* intime, très étendue *entre le tissu musculaire pur et le tissu utérin ;* mais cette connexité n'existe pas dans les exemples donnés de myomes rouges à évolution rapide, tout comme d'ailleurs dans les fibromyomes. Chez ceux-ci cependant « quand ils sont jeunes, mous ou en voie d'accroissement, la tumeur est reliée au tissu utérin par des connexions vasculaires importantes qui rendent parfois impossible sa décapsulation et son énucléation » (Massabuau). Ce trait d'union entre les myomes purs et les fibromyomes semblerait nous annoncer déjà les relations histologiques et pathogéniques que nous retrouverons plus loin entre ces deux tumeurs.

Les connexions avec la cavité utérine, qui s'agrandit considérablement et dont les parois prennent le type gravidique, sont communs dans les deux cas.

Quant à *la muqueuse utérine* elle présentait, au niveau du myome pur étudié, mais à un degré beaucoup plus marqué, les caractères classiques qu'on lui reconnaît dans les fibro-myomes. Nous avons déjà dit en effet qu'il n'existait plus à la surface du myome (pédicule et franges) aucune trace de tissu épithélial. Cette observation vient donc corroborer les opinions émises par Schmal et Batuaud en 1891, Borisoff en 1895, Ivase en 1909 et par Franke en 1911.

D'autre part, nous nous étions déjà rangé à l'avis de Wyder, de Campe, de Cornil et de Schmal en constatant, dès l'ouverture de l'utérus, l'hypertrophie de la muqueuse et son hyperplasie glandulaire en dehors de la tumeur, lésions que ces auteurs ont décrites sous le nom « d'adenoma diffusum » (Wyder) dans les parties de l'endomètre éloignées du fibrome sous-muqueux ou pédiculé.

Lésions communes aussi aux deux cas dans les trompes et dans les ovaires. Chez ceux-ci, étant donné l'âge de notre malade, la transformation kystique dominait la sclérose et les kystes étaient plutôt volumineux, ce qui n'est pas la règle chez les femmes atteintes de fibro-myomes. Chez ces dernières, en effet, les kystes sont petits et plus nombreux (Forgue et Massabuau).

Structure. — *A l'examen macroscopique*, dans les huit cas de myomes purs dont cet examen nous est connu, la consistance est molle, non élastique ; la tumeur ne crie pas sous le couteau ; sa coupe au lieu d'être blanc nacré va du rosé (comme dans notre cas) au rouge foncé des myomes rouges. L'absence de tout tissu fibreux,

l'hypervascularisation sont la cause de ces particularités qui n'existent pas dans les fibromyomes.

L'examen histologique a fourni des renseignements non moins importants et parmi ceux-ci, chaque fois, les éléments précieux du diagnostic. Nous ne reviendrons pas sur ces caractéristiques entièrement relatées dans les interprétations complètes que nous devons à M. le professeur Massabuau, caractéristiques que nous avons retrouvées dans l'examen de M. le docteur Siredey et dans ceux qui avaient trait aux myomes rouges.

Chez ces derniers cependant il faut noter une ectasie et une abondance des vaisseaux infiniment plus marquée que dans les deux autres cas.

ÉVOLUTION

L'élimination spontanée qui a lieu rarement, sauf pour les polypes fibreux à évolution vaginale, n'avait guère de chance de se produire (tout au moins dans un temps relativement court et en admettant une bénignité assez douteuse) pour notre myome pur pédiculé. Son pédicule était en effet trop épais, trop bien nourri, d'une connexité trop intime dans sa partie moyenne et à sa base d'implantation avec le tissu utérin pour que, par torsion, par nécrobiose aseptique (consécutive à une transformation fibreuse peu possible ici), il se fût rompu.

Quant à *la régression par atrophie* en dehors de la puerpéralité et de la ménopause, facteurs étrangers à notre cas, nous n'osons y songer tant elle nous paraît paradoxale. Nous citerons à ce sujet pour mémoire la régression complète que Prieger et Bartels ont rapportée en 1853 à propos d'un cas de myome intrapariétal, régression qui aurait été due à l'action de certaines eaux minérales telles que celles de Kreuznach et de Krankenheit.

Même à l'occasion de deux cas uniques de dégénérescence graisseuse ayant atteint des myomes, Freund et Martin n'ont observé aucune atrophie de ces tumeurs.

Plus intéressante sera l'étude des dégénérescences pouvant transformer les fibromes et les myomes purs. Cette étude portera d'abord sur les transformations simples sans infection, puis sur les transformations septiques.

DÉGÉNÉRESCENCES

1° **Sans infection.** — *La transformation fibreuse* des cellules musculaires lisses (Alezais et Senez), si commune dans les fibromes anciens, ne nous paraît pas pouvoir se produire dans les myomes purs, généralement de formation récente. Nous avons remarqué en effet dans tous les cas que nous avons cités, et en particulier dans celui de M. le docteur Siredey qui pourrait servir de transition entre le nôtre et ceux des myomes rouges, la néoformation active des cellules musculaires et leur extension rapide. Nous pouvons donc admettre qu'un tel processus empêcherait un début de toute autre prolifération.

De ce fait, les dégénérescences cartilagineuse, nécrotique aseptique, calcaire, osseuse, toutes corollaires de la transformation fibreuse, auraient peu de raisons de se produire dans les myomes purs.

La consistance molle de la tumeur, explicable il est vrai par sa constitution, ne nous a pas moins fait penser aux transformations œdémateuse, kystique, sarcomateuse, caverneuse dont peuvent être atteints les fibromes.

La présence d'œdème eût été possible à cause de la néoformation vasculaire observée, du ralentissement de la circulation, de la stase sanguine et de la transsudation séreuse qui aurait pu être consécutive à la compression exercée sur les vaisseaux par les fibres musculaires. M. le docteur Siredey a cru la constater dans son examen histologique : « Souvent même les fibres-cellules sont écartées les unes des autres comme si elles avaient été dissociées par une sorte d'infiltration œdémateuse et on remarque également entre elles des lymphocytes en assez grande quantité, sans polynucléaires. »

Rien de semblable n'a été constaté dans les autres myomes, ni dans le nôtre. Il n'en reste pas moins vrai que dans celui-ci, où l'évolution hémorragique n'avait pas encore dominé, cette infiltration œdémateuse eût pu se produire par la suite.

En ce qui concerne notre tumeur nous n'aurions pu envisager, au contraire, la possibilité d'une *dégénérescence kystique*, celle-ci ayant son point de départ dans des éléments qui n'y ont pas été constatés : cul-de-sac glandulaires de la muqueuse, débris épithéliaux embryonnaires des corps de Wolff. Nous ne savons pas si dans les autres cas cette transformation eût pu se produire, n'ayant eu à leur sujet aucun détail sur la persistance de ces débris épithéliaux.

Transformation sarcomateuse. — Des trois théories pathogéniques du sarcome, une paraît se rapporter, dans les cas de M. le professeur de Rouville, de M. le docteur Siredey et dans le nôtre, au début d'une telle néoplasie ; c'est celle du développement aux dépens des cellules musculaires elles-mêmes.

La seconde, c'est-à-dire celle du développement aux dépens des cellules endothéliales de la paroi des vais-

seaux sanguins, et la troisième basée sur le développement aux dépens du tissu conjonctif préexistant peuvent être ici mises hors de cause, la dernière surtout, pour la raison que nous connaissons.

Dans l'interprétation des trois coupes où ce début d'évolution paraît le seul et le mieux marqué, M. le professeur Massabuau et M. le docteur Siredey insistent surtout, comme nous l'avons vu, sur la forme anormale des cellules musculaires lisses, lesquelles tendent à présenter dans deux cas la forme allongée des cellules fusiformes, dans l'autre la forme trapue des éléments globulaires (1) ; ils insistent aussi sur la prolifération si remarquable de toutes ces cellules, sur l'envahissement très marqué des tuniques artérielles et sur les figures de karyokinèse qui se manifestent surtout dans les noyaux des cellules allongées.

Les myomes purs, tout comme les fibromes, peuvent donc dégénérer en sarcomes.

Nous ne pouvons toutefois tirer de ces remarques une conclusion de malignité en ce qui concerne ces trois derniers cas. La malade de M. le docteur Siredey, revue six ans après l'hystérectomie totale, n'avait depuis présenté le moindre trouble qui eût pu faire penser à une récidive. Il en est de même pour celle qui a fait l'objet de notre observation et qui a été opérée il y a treize mois.

---

(1) A noter que cette distinction semble bien correspondre aux deux sièges d'évolution des sarcomes utérins qui sont la paroi et la muqueuse : pour les cas de MM. de Rouville et Siredey qui consistent en des myomes purs intrapariétaux, les cellules étaient en voie d'allongement ; pour le nôtre, qui doit se rapporter à un myome pédiculé à point de départ probablement sous-muqueux, les cellules se raccourcissaient et tendaient vers la forme ronde des sarcomes de la muqueuse.

Il y a cependant des myomes purs appelés *léiomyomes malins*, qui, par la transformation très rapide de leurs fibres lisses, recouvrent un grand degré de malignité et peuvent infiltrer les tissus et organes voisins ou donner lieu à des métastases.

De par leur constitution les myomes purs ne sont pas exempts non plus de la dégénérescence *télangiectasique ou angiomateuse de Virchow*.

Ils y sont même fortement prédisposés, cette dégénérescence étant caractérisée par la néoformation et la dilatation d'un grand nombre de vaisseaux et par la prolifération entre les éléments musculaires d'un grand nombre de cellules embryonnaires analogues aux cellules des sarcomes. Seules, l'apparition de cellules embryonnaires rondes ou fusiformes parmi les éléments musculaires normaux et la dilatation des vaisseaux signaleraient la dégénérescence télangiectasique du myome pur étudié.

On pourrait aussi rapprocher cette transformation de la transformation sarcomateuse ; il suffirait d'admettre les idées de Pillet sur l'origine endothéliale des sarcomes pour trouver associées les deux néoformations.

Quoi qu'il en soit, cette dégénérescence angiomateuse paraît être la même que celle qui s'est produite dans les cas de *myomes rouges* que nous avons rappelés. Ici toutefois l'aspect caverneux est moins accusé; les vaisseaux sont moins dilatés, mais plus nombreux. D'un autre côté nous ne trouvons pas en aussi grand nombre les petites cellules embryonnaires analogues à celles du sarcome. Par contre, dans les myomes rouges, les hémorragies sont beaucoup plus abondantes, plus irrégulières, la douleur y est infiniment plus marquée et la fièvre élevée en est un signe quasi pathognomonique.

De toutes façons, le myome pur présenté aurait pu subir, comme les fibromes, ces deux transformations d'ailleurs si voisines. Les connexions intimes de son pédicule avec le tissu utérin auraient grandement facilité ces dégénérescences habituellement gênées dans les fibromes par l'encapsulement.

Dégénérescence épithéliale. — Elle est impossible dans notre cas, étant donné l'absence de tissu épithélial, si ce n'est par métastase d'origine éloignée ou non, origine non observée d'ailleurs chez notre malade.

2° **Dégénérescences consécutives à une infection.** — Les myomes purs peuvent, comme tous les fibromyomes, être le siège de suppuration ou de gangrène. Celui que nous avons présenté eût été, par l'absence de muqueuses, prédisposé à l'infection, et par suite à la *gangrène* et au *sphacèle*.

ÉTIOLOGIE

Les causes déterminantes des néoplasmes étant mal connues, nous nous bornerons à comparer ici les causes prédisposantes des deux d'entre eux qui nous intéressent.

Influence de l'âge. — Ordinairement les fibromes sont plus fréquemment observés entre 30 et 45 ans ; ils sont exceptionnels avant 25 ans : or notre malade en avait 23 ; il est vrai que, dans les autres cas que nous avons cités, la plus jeune myomateuse avait dépassé la trentaine.

L'hérédité, qui paraît avoir dans la formation des fibromes une certaine part, ne peut pas être invoquée chez notre sujet ; à l'interrogatoire nous avons appris en effet que ni les grand'mères, ni la mère, ni la sœur de la malade, beaucoup plus âgée qu'elle, ne furent ni ne sont atteintes de troubles semblables. Nous n'attacherons cependant qu'une importance très relative à cette remarque.

Le tempérament a été mis en cause par Richelot qui faisait intervenir les tendances sclérogènes des neuro-arthritiques ; chez notre malade, qui, vu son âge, ne présentait ni artérite, ni scléroses viscérales, ni migraines, ni obésité, ni affections articulaires, ni lithiase biliaire ou rénale, pareille prédisposition ne pouvait être admise.

Il en sera de même pour *la stérilité*. Au contraire : sur les huit cas dans lesquels nous sommes renseigné à ce sujet, cinq se rapportent à des femmes qui ont eu au moins un accouchement à terme ; deux, dont celle qui nous intéresse, n'ont eu que des fausses couches et une seule était restée stérile.

Nous serions ainsi entraîné à admettre, au sujet de la formation des myomes purs, l'influence favorable que Simpson a attribuée à la grossesse dans le développement des fibromyomes. Par suite, nous serons en désaccord avec le professeur Pinard, Treub (d'Amsterdam), Hofmeier qui étaient de l'avis inverse.

Nous ne nous rangerons pas non plus du côté de Gusserow qui s'était efforcé de démontrer que la stérilité était non pas la cause mais le plus souvent la conséquence des tumeurs développées dans l'utérus : parmi les huit myomateuses présentées, une seule aurait offert un cas confirmant cette théorie. Cependant il y aurait lieu de remarquer que, dans le cas de MM. Guibauden et de Rouville, le myome a été vraissemblablement la cause de l'accouchement prématuré signalé dans leur observation.

PATHOGÉNIE

Pourquoi les tumeurs qui nous intéressent ne sont-elles constituées que par des fibres musculaires alors que dans les fibromyomes ces fibres sont mêlées à du tissu conjonctif? Pour répondre à cette question, nous n'avons qu'à nous rappeler la théorie vasculaire de la formation des corps fibreux. Cette théorie suppose que le nodule fibromateux dériverait de la prolifération des cellules mésenchymateuses embryonnaires situées au niveau de la tunique externe d'un capillaire; ces cellules se multiplieraient et prendraient peu à peu l'aspect des fibres musculaires lisses disposées circulairement autour du vaisseau. Les nouvelles cellules refouleraient vers la périphérie du nodule les cellules plus anciennes qui, éloignées du vaisseau nourricier, s'atrophieraient, dégénéreraient, disparaîtraient et seraient remplacées par du tissu conjonctif (Klebs, Kleinwachter, Pillet, Costes).

Or l'examen histologique de tous les myomes purs montre que l'irrigation y est très développée; ne pourrait-on donc pas admettre que, grâce à cette hypernutrition, les premières cellules musculaires lisses néoformées, au lieu de dégénérer, de disparaître, de laisser place à des cellules conjonctives ou de se transformer

en ces cellules (Alezais, Senez), auraient continué à proliférer et à s'étendre? Et cela avec une telle puissance que, dans notre cas, de sous-muqueuse ou de pariétale la masse néoplasique serait devenue assez rapidement intracavitaire et pédiculée. Par cette non-formation de tissu conjonctif autour des nodules, nous expliquerions en même temps l'absence d'encapsulement de la tumeur ; par l'extension du néoplasme, alors qu'il n'était encore que sous-muqueux, nous admettrions la distension de plus en plus marquée de l'endomètre à sa surface, et nous comprendrions pourquoi celle-ci ne présentait plus à l'examen de traces d'épithélium de revêtement ni d'épithélium glandulaire.

Quant à la formation des franges nous pourrions la rattacher à la propagation radiée des cellules néoformées autour de certains vaisseaux.

Il nous resterait enfin à nous demander si les manœuvres abortives intra-utérines pratiquées à trois fois, un, deux et trois ans avant le début des ménorragies, n'auraient pas joué un rôle, soit directement par *traumatisme*, soit par l'intermédiaire de l'*infection*, dans la double genèse de l'hypervascularisation et de prolifération cellulaire? Nos connaissances actuelles ne nous permettent pas de discuter une telle hypothèse.

Nous ne ferons pas intervenir la *théorie congénitale* de Conheim ni celle de D. Keiffer, l'examen histologique des huit myomes purs considérés ayant montré que la néoformation avait son point de départ dans la zone périvasculaire.

Nous ne ferons pas appel non plus à la *théorie ovarienne* basée sur la coïncidence presque constante, réalisée dans nos cas, de lésions scléro-kystiques des ovaires avec les fibromyomes : il est probable qu'ils subissent

l'influence commune d'une cause générale qui nous échappe.

Nous ne retiendrons donc des théories pathogéniques des corps fibreux applicables aux myomes purs, que la théorie vasculaire.

SYMPTOMATOLOGIE ET COMPLICATIONS

Comme notre observation l'a montré, nous n'avons pu constater à l'interrogatoire et à l'examen clinique aucun signe différentiel entre les deux sortes de tumeurs. Pour cette raison d'ailleurs tout diagnostic a été impossible autrement que par l'examen microscopique.

Nous avons remarqué cependant que dans les myomes rouges les symptômes courants (hémorragies, troubles de compression due au volume de la tumeur, etc.) s'aggravaient rapidement et que d'autres ne tardaient pas à apparaître : hémorragies beaucoup plus abondantes, douleur intolérable, fièvre élevée.

De même le léiomyome malin peut attirer assez tôt notre attention par les leucorrées fétides nauséabondes, les sécrétions ichoreuses, l'amaigrissement et les douleurs qui deviennent rapidement incessantes : tous signes qui compliquent au bout d'un temps assez court la symptomatologie habituelle des fibro-myomes.

Quant aux complications, qu'elles soient mécaniques, viscérales, septiques, elles peuvent aussi être communes aux deux cas.

PRONOSTIC

Un myome pur non opéré peut, comme nous l'avons vu au cours de notre étude :

1° Faire craindre les hémorragies, les phénomènes de compression et les divers altérations de l'état général auxquels ces troubles donnent lieu. Comme dans les fibromes, la mort peut résulter de l'épuisement causé par les pertes de sang, des accidents rénaux ou cardiaques qui relèvent directement ou indirectement des compressions viscérales ou vasculaires, des embolies occasionnées par les phlébites, ou des phénomènes infectieux déterminés par la suppuration ou le sphacèle.

2° Un myome pur peut se transformer en une tumeur bénigne ou maligne ; nous avons retenu de ces dernières le sarcome, le léiomyome malin et la dégénérescence télangiectasique de Virchow. Actuellement toutefois, comme pour la plupart des tumeurs utérines, le pronostic des myomes purs peut s'atténuer dans une large mesure en raison des succès remarquables de l'intervention chirurgicale. Nous avons, en effet, déjà mentionné les résultats opératoires heureux obtenus par M. le professeur

de Rouville et MM. les docteurs Rosso et Walther dans les cas qui se sont présentés à eux. Nous croyons qu'il est bon par suite de ne pas perdre de vue ces considérations toutes les fois qu'il s'agira du traitement.

TRAITEMENT

Le *traitement médical* ne sera qu'un traitement d'attente ; dans la plupart des cas il ne nous paraît pas devoir être poursuivi.

La *curiethérapie* pourrait être tentée chez des malades dont l'état général ne permettrait pas l'opération immédiate. Les hémorragies utérines influencées d'ordinaire si heureusement par le radium seraient diminuées, les malades recouvreraient quelque force et l'intervention chirurgicale aurait lieu ensuite dans des conditions plus favorables.

Mais l'*ablation de la tumeur* s'imposera chaque fois et dès que l'on remarquera sa croissance rapide, dès que la malade accusera des douleurs, des hémorragies graves, répétées, très abondantes et cela quels que soient le siège, la mobilité ou le volume du myome supposé. L'indication opératoire ne sera que plus formelle au cas où, du fait de ses métrorragies, on constate un état d'anémie aiguë chez la malade. Ce serait l'exposer à une intervention faite trop tard et dans des conditions moins satisfaisantes que d'attendre une amélioration de toute autre thérapeutique.

S'il y avait de la fièvre, il faudrait penser au myome rouge et dans ce cas intervenir même en pleine poussée.

Les interventions que l'on peut pratiquer sont les mêmes que pour les fibromes. Elles consistent dans la myomectomie et dans l'hystérectomie abdominale subtotale ou totale ; les indications de ces techniques sont fournies par le volume, par le siège et surtout par la notion de bénignité ou de malignité de la tumeur.

Nous n'entrerons dans cette discussion que pour signaler la préférence qu'ont donnée à l'hystérectomie totale MM. les docteurs Walther et Rosso dans leurs cas de myome pur non transformé. Ce choix a été dicté à M. le docteur Walther par l'atteinte néoplasique du col, à M. le docteur Rosso par le doute qu'il était en droit d'éprouver sur la nature d'une tumeur intracavitaire volumineuse n'ayant fourni aucun signe diagnostique net.

CONCLUSIONS

Les myomes purs de l'utérus sont une forme particulière de myomes utérins qui ne contiennent pas d'éléments du tissu conjonctif.

Ils sont très peu nombreux.

La plupart siègent dans la paroi utérine et déforment totalement l'utérus.

Le cas qui a fait l'objet de cette étude est celui d'un myome pur mais pédiculé dans la cavité. Il n'en est que plus rare. Malgré les recherches assez complètes effectuées dans la littérature de ces tumeurs nous n'avons pu en effet trouver qu'un exemple se rapprochant du nôtre et cela par l'absence totale d'encapsulement. Il n'était cependant que intrapariétal : c'est le cas que M. le Dr Siredey a présenté en 1918 à l'Académie de médecine.

Les autres myomes purs signalés sont des myomes rouges et des léiomyomes malins. Nous en avons donné les caractéristiques.

Cliniquement, le myome utérin pur que nous avons décrit offre tous les signes du fibrome à développement très actif : son évolution n'a pas été assez courte (le diagnostic de tumeur utérine avait été porté en février 1919) pour le rapprocher des myomes rouges et des léiomyomes malins à marche plus rapide et à symptomatologie plus bruyante.

Anatomo-pathologiquement, ses caractères sont :
La forme pédiculée ;
La disposition en franges ;
L'évolution intracavitaire ;
La consistance molle ;
L'absence complète de tissu conjonctif ;
La prolifération intense des fibres musculaires :
à forme trapue, à noyau très développé et très coloré mais sans figures de karyokinèse.

Enfin le grand nombre de vaisseaux non ectasiés et qui n'avaient donné lieu ni à de l'œdème ni à des hémorragies interstitielles.

Ce myome pur aurait pû être le siège de diverses dégénérescences (œdémateuse, télangiectasique, sarcomateuse, léiomyomateuse maligne) et de lésions nécrotiques septiques.

Mais si, au moment de son examen, la forme non adulte des fibres musculaires, la prolifération des capillaires nous avaient fait penser à une dégénérescence maligne, sa symptomatologie, sa structure anatomique et histologique ne nous permettaient de conclure ni à un myome rouge, ni à un léiomyome malin, ni à une tumeur en voie de transformation sarcomateuse.

Nous étions donc d'avis, avec M. le docteur Rosso, que cette tumeur méritait d'être individualisée cliniquement dans la catégorie des fibromes à évolution rapide ; anatomo-pathologiquement dans celle des myomes purs à la période de prolifération cellulaire non encore franchement atypique.

Ce myome, de par la gravité de ses symptômes, était justiciable du traitement chirurgical.

BIBLIOGRAPHIE

Alamartine et **Violet** (1909). — Myome rouge encapsulé (Lyon médical).

— (1909). — Léiomyome malin du poids de 26 livres ; extirpation avec hystérectomie totale. Guérison opératoire (Lyon médical).

Ballin et **Vaughan** (1910). — New-York medical Journal.

Bartels (1852). — Verhandl. der Gesellsch. f. Geburt. in Berlin. 6e liv., p. 1.

Bérard et **Charvet** (1910). — Léiomyome malin de l'utérus propagé à la vessie et infiltré à tout le pelvis, p. 266.

Bégouin, Bourgeois, Jeanbrau, Lecène, Lenormand, Proust, Tixier, Gosset, Duval (1921). — Précis de pathologie chirurgicale, t. IV, p. 396.

Bériel. — Elément anatomo-pathologique, p. 297.

Broca (1869). — Traité des tumeurs, t. II, p. 254 et p. 257.

Campe (1884). — Zeitschr. f. Geb. und Gyn., vol. X, p. 351.

Cathbert Lockyer (1918). — Fibroïds and allied tumours (myoma and adenomyoma).

Cornil et **Ranvier** (1869-1873). — Histologie pathologique, t. I, p. 381 et p. 420 ; t. II, p. 437.

Costes (1895). — Recherches anatomo-pathologiques sur l'évol. des fibromes (Thèse de Paris).

Courtois Lauwers (1890). — Myomes de l'utérus.

Cullen (1908). — Adenomyoma of the uterus.

Curatolo (1891). — Annali di ostetricca e ginec., nos 1 et 2.

Faure et **Siredey** (1914). — Traité de chirurgie. méd.-chirurg., p. 872.

Forgue (1912). — Précis de path. ext., t. I, p. 390 et p. 404 ; t. II, p. 1111.

Forgue et **Massabuau** (1916). — Traité de gynécologie, p. 244, 271, 287.

Frankl (1911). — Beitrag zur Lehre vom Uterus Myoma (Archiv. für Gynæk., Bd XCV, p. 269).

Hyenne (1898). — Etude anatomique des principales dégénérescences de l'utérus (Thèse de Paris).

Lecène (juin 1911).— Nécrobiose, suppuration, gangrène du fibromyome utérin (Comptes rendus de la Société d'obst., de gynéc. et de pédiâtrie de Paris).

Le Dentu et **Delbet** (1916). — Traité de gynécologie, p. 321.

Labadie-Lagrave et **Legueu** 1878. — Traité méd.-chirurg. de gynécologie, p. 890.

Mozet (1914). — Myome rouge de l'utérus (Lyon méd., p. 13).

Mermet (juillet et décembre 1896).— Bulletin Société anatomique.

Michaloux-Jimbert (1921). — Considérations anatomo-cliniques sur les myomes rouges de l'utérus (Thèse de Lyon).

Oudin Verchère (1906). — Du radium en gynécologie. Valeur hémostatique du radium (Académie des sciences, 1906).

Paviot et **Bérard** (1897). — Arch. de méd. expérimentale.

Petit-Dutailly (1922). — Quelques résultats de la curiethérapie des fibromes développés suivant leurs espèces cliniques, p. 1 à 22.

Pillet (1894). — Une hypothèse sur l'origine des fibro-myomes (Bull. Soc. anat.).

Pillet et **Auvray** (1894). — Bulletin Société anatomique.

Pinard (janvier 1904). — Des fibromes de l'utérus et en particul. des causes qui en favorisent l'éclosion ou leur développement (Annales de gynéc. et d'obst.).

Piquand (1905). — Dégénérescences des fibro-myomes de l'utérus (Thèse de Paris).

Pozzi (1905, 4e éd.). — Traité de gynécologie, t. I, p. 339.

Prenant, Bouin, Maillard 1904. — Traité d'histologie et de cytologie générales et spéciales, p. 424-445-616-630.

Prieger (1852-1853).— Monatschr. für Geburt. und Frauenkrank., 3e liv.

Py (1913). — Contribution à l'étude des myomes rouges de l'utérus (Thèse de Montpellier).

Quénu-Potherat (1898). — Bulletin et Mémoires de la Société de chirurgie.

Rouville (De) (décembre 1911). — Myome pur de l'utérus compliquant la grossesse (Bull. Société d'obst. et de gynéc. de Paris).

Senez (1911). — De la métaplasie des fibres muscul. lisses (Thèse de Montpellier.

Siredey (1918). — Etude histologique d'un myome pur à développement rapide (Bull. de l'Acad. de méd., t. III, p. 320).

Théodoroff (1898). — Contribution à l'étude du sarcome de l'utérus (Thèse de Montpellier).

Virchow (1871). — (Trad. française). Traité des tumeurs, t. III, p. 385.

Wyder (1886). — Die mucosa Uteri bei Myomen (Arch. f. Gyn., Bd XXIX, p. 38).

En ma qualité de Censeur de tour, j'ai lu la Thèse ayant pour titre :

A propos d'un cas de myome utérin pur pédiculé, intracavitaire,

par Henri Baudoin.

Je pense que la Faculté peut en permettre l'impression.

Montpellier, le 30 mars 1922.

Le Professeur,
DE ROUVILLE.

VU :

Montpellier, le 30 mars 1922.

Le Doyen,

E. DERRIEN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 30 mars 1922.

Le Recteur,
Jules COULET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

Montpellier. — *L'Abeille*, Imprimerie Coopérative ouvrière
14, avenue de Toulouse. — Téléph. 8-78.